

Association des Gastroentérologues libéraux de l'Algérois
6^{ème} Séminaire de Formation Médicale Continue

Prise en charge actuelle de la cholécystite aiguë lithiasique

F. MERAD (CHU BEO)

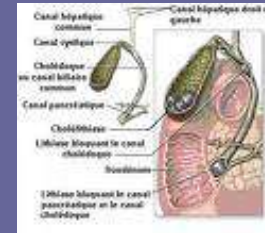
Alger le 27-28 novembre 2015

Introduction

- Urgence digestive relativement fréquente
- Traitement chirurgical bien codifié
- Modifications ces dernières années de sa prise en charge
 - Maîtrise de la voie laparoscopique
 - Progrès de l'imagerie diagnostique et interventionnelle
 - Apports de l'endoscopie interventionnelle
- Dans les cas difficiles ou compliqués, prise en charge multi disciplinaire, réflexion, analyse bénéfice risque

Définition. Anatomopathologie

- La cholécystite aiguë lithiasique est l'inflammation aiguë de la vésicule biliaire typiquement due à l'enclavement d'un calcul dans le canal cystique
- Formes anatomo pathologiques
 - Hydrocholécyste aiguë
 - Cholécystite catarrhale
 - Cholécystite suppurée (pyocholécyste)
 - Cholécystite phlegmoneuse (micro abcès pariétaux)
 - Cholécystite gangrénée, emphysémateuse
- Elle peut être perforée avec une péritonite biliaire localisée ou généralisée



Incidence globale

Deuxième cause des douleurs abdominales aiguës chirurgicales

Auteurs [Références]	Wilson et al.[9]1977	De Dombal [10]	AURC et ARC [11]	Bouillot et Bressler [12]
Année		1979	1981	2004
Nombre de cas	991	6097	3772	953
DANS*	53,3 %	43,0 %	22,0 %	34,8 %
Appendicite	18,8 %	24,1 %	26,0 %	7,5 %
Cholécystite	7,0 %	8,9 %	10,0 %	6,1 % + 1,5 % colique hépatique
Occlusion Intestinale Aiguë	3,2 %	4,0 %	9,0 % + 3,0 % (hernie)	6,7 % + 3,4 % (hernie)
Colique néphrétique	5,8 %	2,8 %	4,0 %	11,0 %
Ulcère perforé	2,8 %	2,8 %	4,0 %	–
Pancréatite aiguë	1,7 %	2,3 %	4,0 %	4,3 %
Diverticulose colique	1,4 %	2,1 %	2,0 %	3,8 %
Pathologie gynécologique	3,2 %	–	7,0 %	6,1 %
Autres diagnostics	1,3 %	9,3 %	6,0 %	6,0 %

*DANS : douleur abdominale non spécifiée (aucune cause n'est trouvée).

Incidence selon l'âge

	< 50 ans	> 50 ans
Appendicite	32 %	15 %
Cause réelle de la douleur abdominale aiguë	Patients < 50 ans	Patients > 50 ans
Cholécystite	6 %	21 %
Doul. Abdo. NS	40 %	16 %
Obstruction intestinale	2 %	12 %
Pancréatite	2 %	7 %
Diverticulose	< 0,1 %	6 %
Cancer	< 0,1 %	4 %
Hernie	< 0,1 %	3 %
Vasculaire	< 0,1 %	2 %

Sommaire

- Définition. Anatomopathologie
- Incidence
- Prise en charge de la cholécystite aiguë lithiasique dans sa forme la plus habituelle
- Prise en charge des autres formes
 - Vues tardivement
 - Compliquées
 - Survenant sur un terrain particulier
 - Révélant un cancer de la vésicule biliaire
 - Post sphinctérotomie endoscopique
- Les points importants

Etapes de la prise en charge et objectifs

- Calmer la douleur aux urgences
- Faire le diagnostic positif, et de gravité
- Déterminer les modalités du traitement chirurgical
- Cholécystectomie
- Prise en charge et surveillance post opératoire

Diagnostic évoqué par la clinique

- Signes cliniques fortement évocateurs

Douleur biliaire prolongée au delà de **6 heures**

Défense de l'hypochondre droit

Subictère (10-15 %)

- Biologie

syndrome inflammatoire

hyperleucocytose et augmentation CRP



Sémiologie échographique de la cholécystite aiguë lithiasique (TDM)

1. Distension vésiculaire (diamètre antéro postérieur de plus de 40 mm)
2. Epaissement pariétal (> 3 mm)
3. Signe de Murphy échographique
4. Image hyper échogène avec cône d'ombre acoustique postérieur

- Voie biliaire principale de diamètre normal (< 7 mm)
- Voies biliaires intra hépatiques non dilatées (invisibles)



Sémiologie échographique évoquant une gangrène

– Aux signes habituels



– S'associent

- Aspect feuilleté ou irrégulier de la paroi
- Présence de fausses membranes
- Épanchement ou collection péri-vésiculaires

Conclusion

- Le diagnostic de cholécystite aiguë lithiasique repose **sur la confrontation** des données cliniques et morphologiques
- Attention aux pièges !!!!
 - *A la cholécystite « soit disant » alithiasique*
 - *Aux parois de la vésicules qualifiées de normales à l'échographie*

Autres causes de parois vésiculaires épaissies

Ascite

Hépatite virale

Pancréatite aiguë

Insuffisance cardiaque

Cancer de la vésicule biliaire

HTP

Hypo albuminémie

Insuffisance rénale

La clinique prime

Bilan pré thérapeutique

- Bilan biologique hépatique
 - Signes de cholestase ?
 - lipasémie
- Recherche des co morbidités et traitement en cours
- Consultation d'anesthésie

Traitement chirurgical :Cholécystectomie

- Par laparoscopie ou voie conventionnelle ?
- Dans quel délai ?
Cholécystectomie précoce ou différée

Comparaison cholécystectomie par laparoscopie ou par laparotomie

- Trois études prospectives randomisées monocentriques
- Trois études prospectives non randomisées

- Résultats:
 - Morbi mortalités identiques (notamment pas plus de plaies des voies biliaires)
 - Laparoscopie:
 - Taux de conversion :16 à 30 %
 - Durée opératoire globalement plus longue
 - Durée d'hospitalisation plus courte
 - Délai pour la reprise de l'activité plus précoce

Kiviluoto T *et al.* Lancet 1998; 351: 321-325

Lujan Ja *et al.* Arch Surg 1998; 133: 173-175

Johansson M *et al.* Br J Surg 2005; 92: 334-340

Arau-Teixeira JP *et al.* Chirurgie 1999; 124: 529-535

Willsher PC *et al.* J Gastrointest Surg 1999; 3: 50-53

Pessaux P *et al.* Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2001; 11: 252-255

Recommandations factuelles de la SFCD (2006)

- Les données actuelles permettent **de recommander** (fort niveau de preuves) la voie laparoscopique comme une alternative à la laparotomie dans le traitement des cholécystites aiguës à la phase précoce (grade A)

Cholécystectomie « précoce (7 jours) » ou différée ?

1- Première méta analyse* (2004)

- 12 essais randomisés

2- Seconde méta analyse** (2008)

- 4 essais randomisés (375 patients)

3- Cochrane review*** et Gurusamy K****(2006 et 2010)

- 5 essais randomisés (451 patients)

•* Papi C *et al.* Am J Gastroenterol 2004; 99: 147-155

•**Siddiqui T *et al.* Am J Surg 2008; 195: 40

•***Gurusamy K. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4) CD005440

•**** Gurusamy K *et al.* Br J Surg 2010; 97: 141-150

Fréquence des conversions

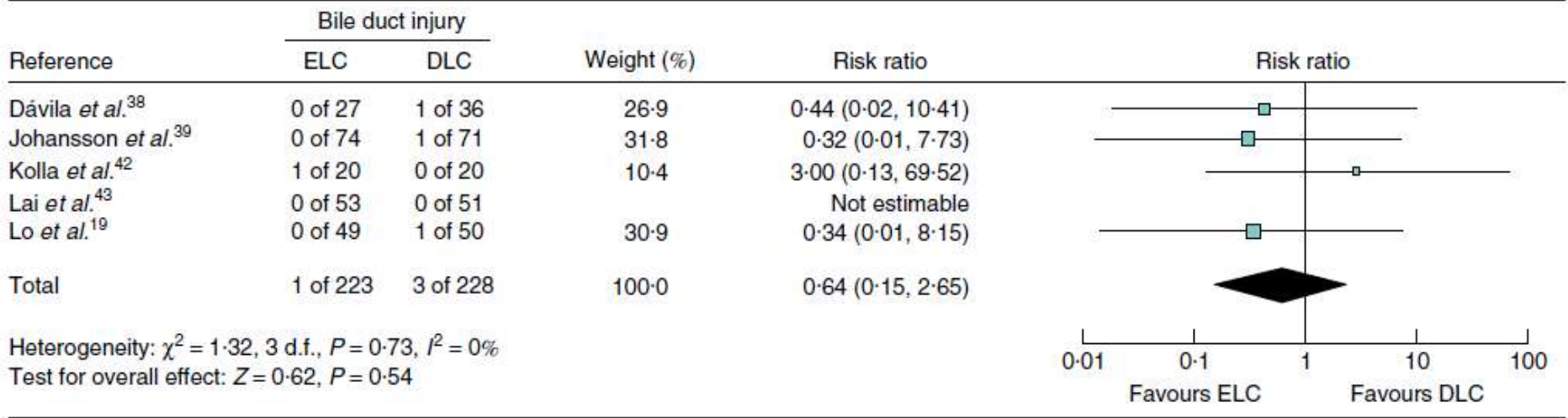
20,3 % (7 jours) vs 23,6 % (différée)

Reference	Conversion		Weight (%)	Risk ratio	Risk ratio
	ELC	DLC			
Dávila <i>et al.</i> ³⁸	1 of 27	6 of 36	10.1	0.22 (0.03, 1.74)	
Johansson <i>et al.</i> ³⁹	23 of 74	20 of 71	40.3	1.10 (0.67, 1.82)	
Kolla <i>et al.</i> ⁴²	5 of 20	5 of 20	9.9	1.00 (0.34, 2.93)	
Lai <i>et al.</i> ⁴³	11 of 53	11 of 51	22.1	0.96 (0.46, 2.02)	
Lo <i>et al.</i> ¹⁹	5 of 49	9 of 50	17.6	0.57 (0.20, 1.57)	
Total	45 of 223	51 of 228	100.0	0.88 (0.62, 1.25)	

Heterogeneity: $\chi^2 = 3.33$, 4 d.f., $P = 0.50$, $I^2 = 0\%$
 Test for overall effect: $Z = 0.72$, $P = 0.47$

Incidence des plaies des voies biliaires

0,5 % (7 jours) vs 1,4 % (différée)



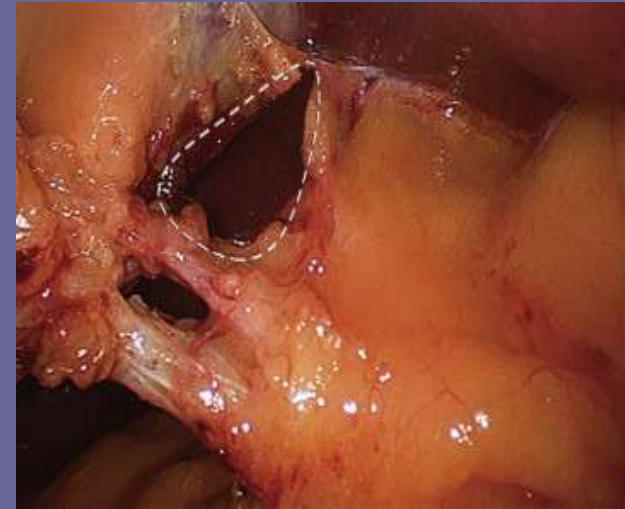
	Avant 72 heures	Après 72 heures	P
Taux de conversions	7,8 %	18,4 %	0,02
Fréquence des complications	8,8 %	17,7 %	0,02
Durée d'hospitalisation	6,5 jours	9,5 jours	0,01

Conclusions

- Il apparait donc avec un bon niveau de preuves que l'intervention doit être réalisée sans délai, avant 72 heures au stade d'inflammation aiguë

Un score opératoire de qualité ?

- 1- le triangle de Calot a été bien identifié
- 2- l'artère cystique et le canal ont été identifiés et sectionnés séparément
- 3- le lit vésiculaire est sec
- 4- il n'y a pas d'écoulement biliaire



Cholécystectomie

difficile (1): Triangle de Calot et risque de plaie des voies biliaires

- **Difficulté** pour identifier le triangle de Calot
 - Tenter de se servir d'autres repères
 - Tout faire pour éloigner le pédicule cystique du pédicule hépatique pour exposer le triangle de Calot
- **Impossibilité** d'identifier le triangle de Calot
 - Ne pas faire de cholécystectomie antérograde pour trouver le canal cystique.
 - Ouvrir la vésicule biliaire pour y repérer le canal cystique



**Renoncer à faire une cholécystectomie
complète**

Cholécystectomie

difficile (2): Libération de la vésicule biliaire, risque hémorragique, risque de perte de calculs

- Difficulté pour libérer la vésicule biliaire du foie
 - Pas de plan de dissection
 - Electro coaguler sa muqueuse et drainer largement
- La vésicule a été ouverte accidentellement ou par choix

Ne pas perdre de calcul (placer le sac d'extraction au dessus du foie au début de l'intervention)

- Laver abondamment
- Drainer largement



Cholécystectomie

difficile (3): **Cholangiographie per opératoire**

- Cholangiographie per opératoire parait dangereuse

- Taille et fragilité du canal cystique
- Risque de rupture au moment la tentative d'intubation

renoncer !!!!

- Mettre une bonne ligature (ou un clip) sur le canal cystique
- Drainer largement
- Prévoir de faire en postopératoire une CPRE précédée ou pas d'une écho endoscopie si doute sur la présence d'une LVBP

Les suites opératoires (1)

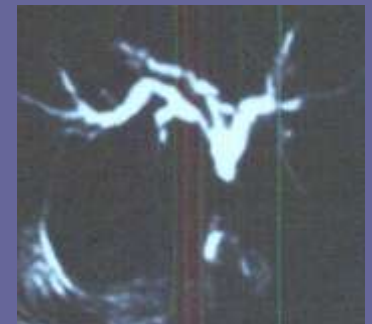
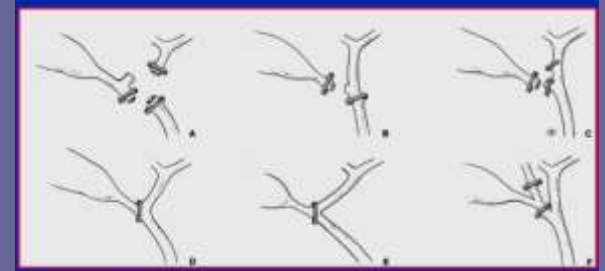
- Cholécystectomie simple sans évènement indésirable per opératoire
 - Suites sont simples
 - Pas de poursuite de l'antibiothérapie sauf si ouverture accidentelle de la vésicule biliaire *
 - Reprise immédiate de l'alimentation
 - Sortie précoce en l'absence de drainage (prise en charge en ambulatoire possible**)
 - Aucun régime

* Lau WY *et al.* Aust N Z J Surg 1990; 60: 539-543

**Vanderbroucke F *et al.* J Chir 2007

Les suites opératoires (2)

- Cholécystectomie difficile
 - Surveillance du drainage
 - Pouls et température
 - Biologie hépatique et évolution leucocytes et CRP
- Si fuite biliaire
 - Attendre 48 heures
 - Si persistance: CPRE
 - 1- calcul: Sphinctérotomie Endoscopique
 - 2- pas de calcul et fistule du cystique : endoprothèse (ablation 6 semaines plus tard)
- Si ictère : CPRE ou Cholangio RM
- Si fièvre et douleurs: TDM abdominale
 - Collection: drainage percutané

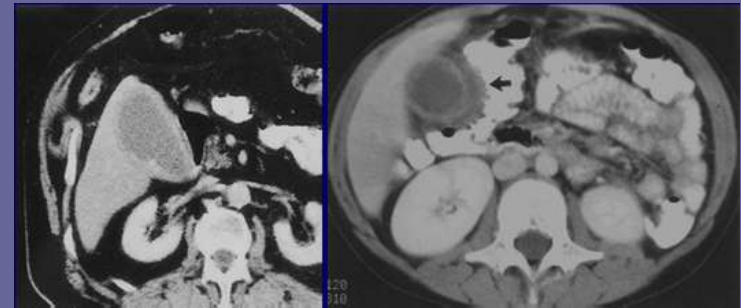


Plastron et abcès du foie

- - Traitement antibiotique de première intention
- Et **drainage de la vésicule biliaire** transcutanée, trans hépatique sous contrôle TDM

- **Plastron:**

- Drainage **seulement si** échec du traitement antibiotique et cholécystectomie électorale secondaire

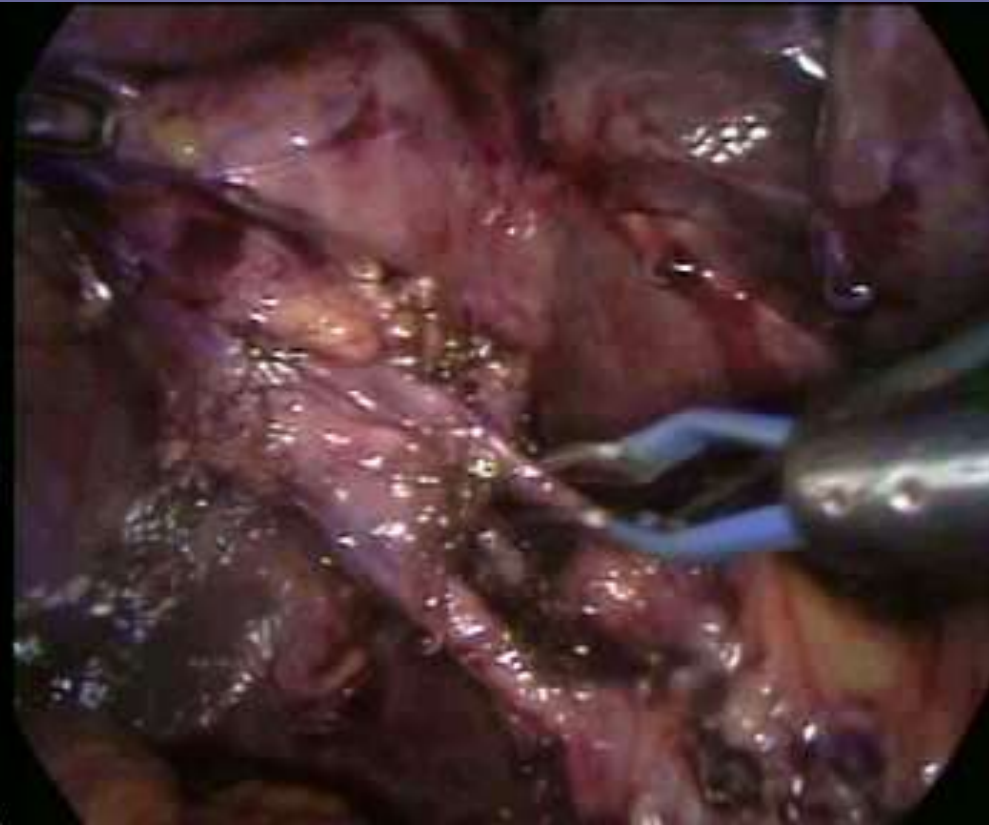
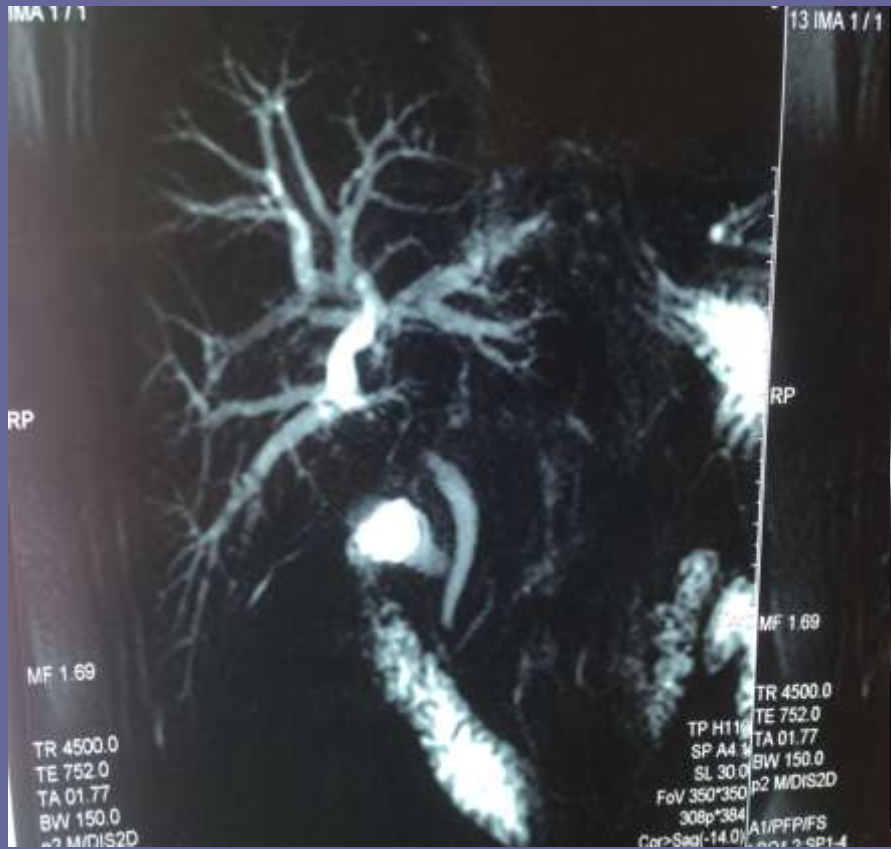


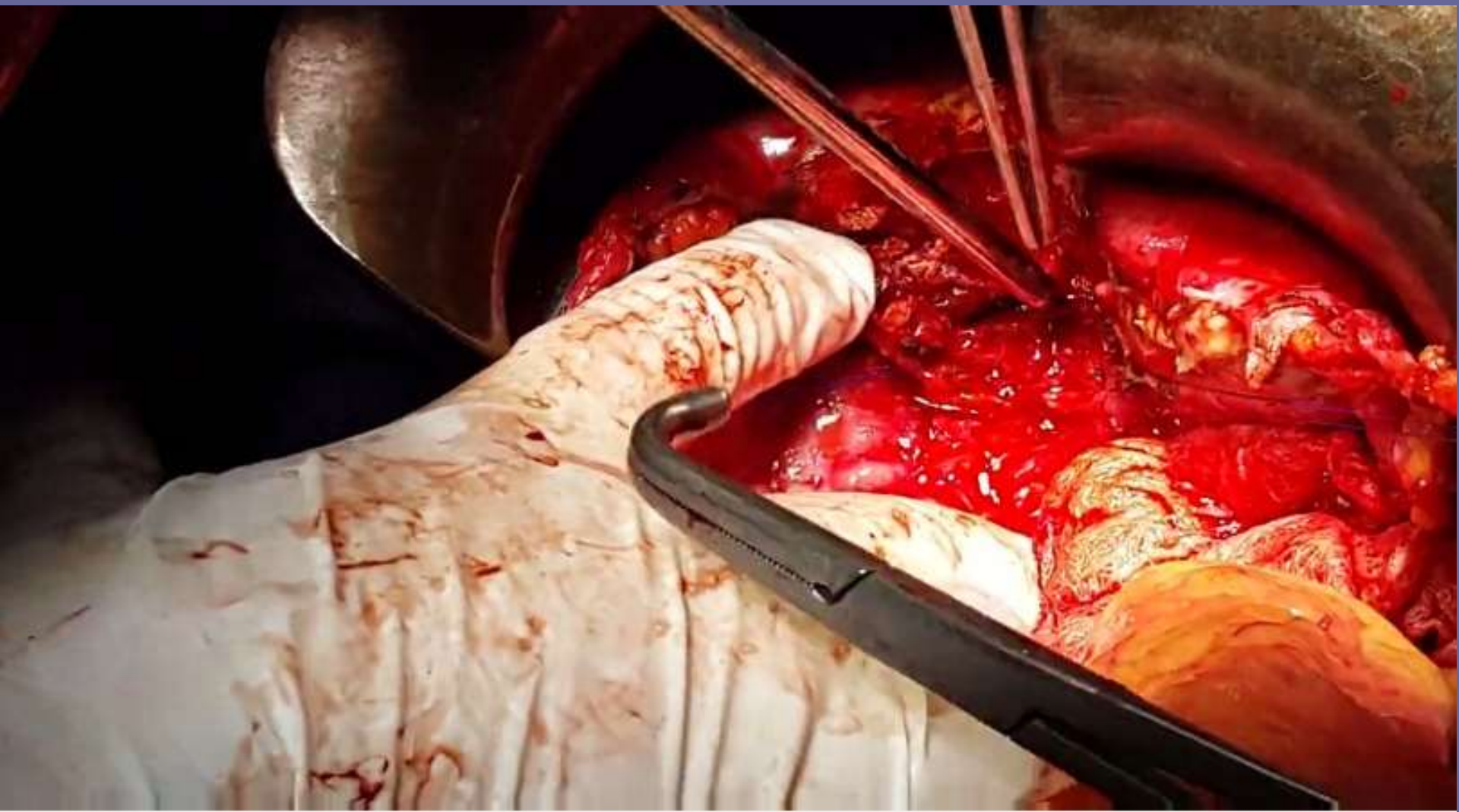
- **Abcès du foie (perforation vésiculaire)**

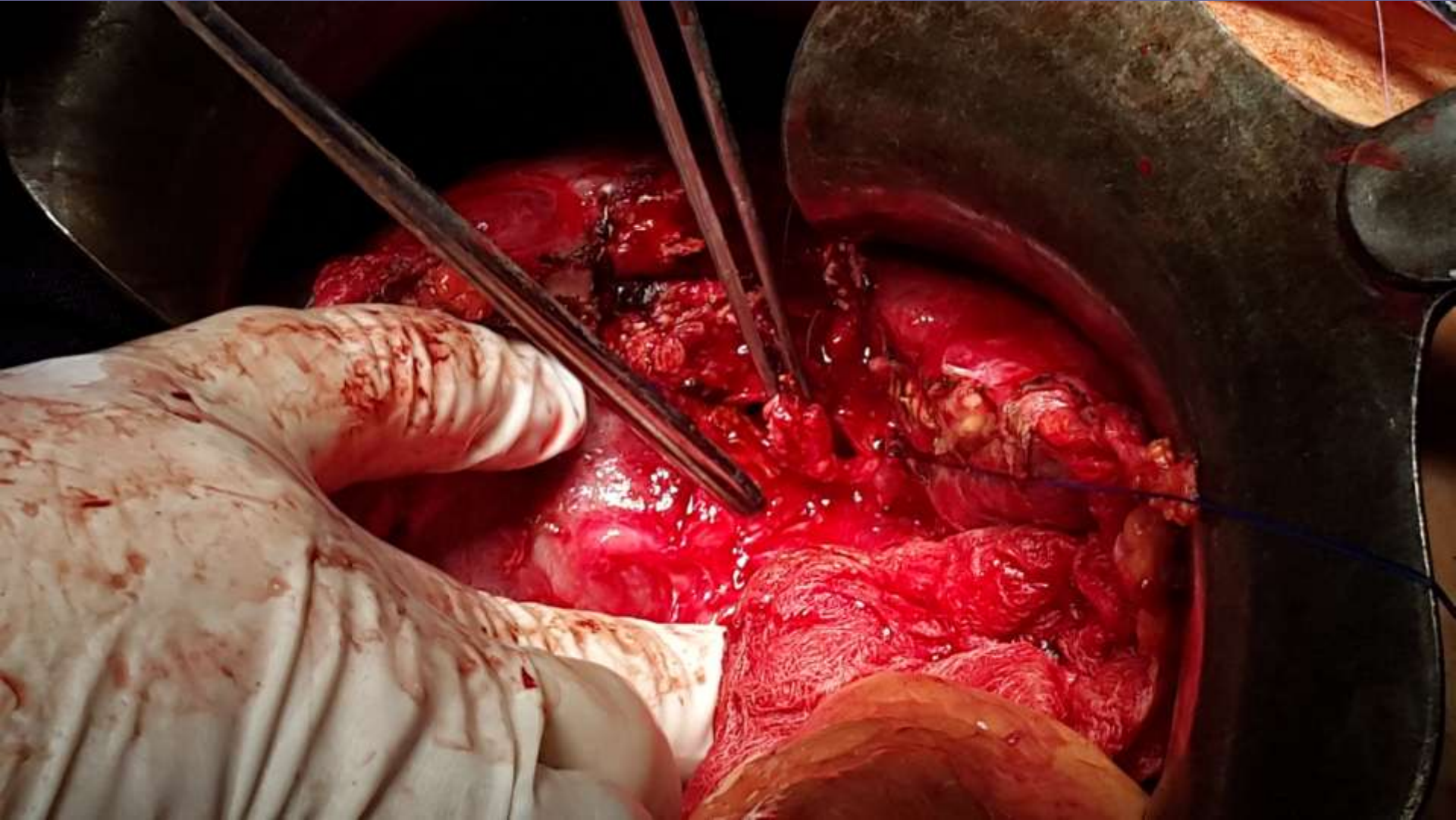
- **Drainage de principe** et cholécystectomie électorale secondaire

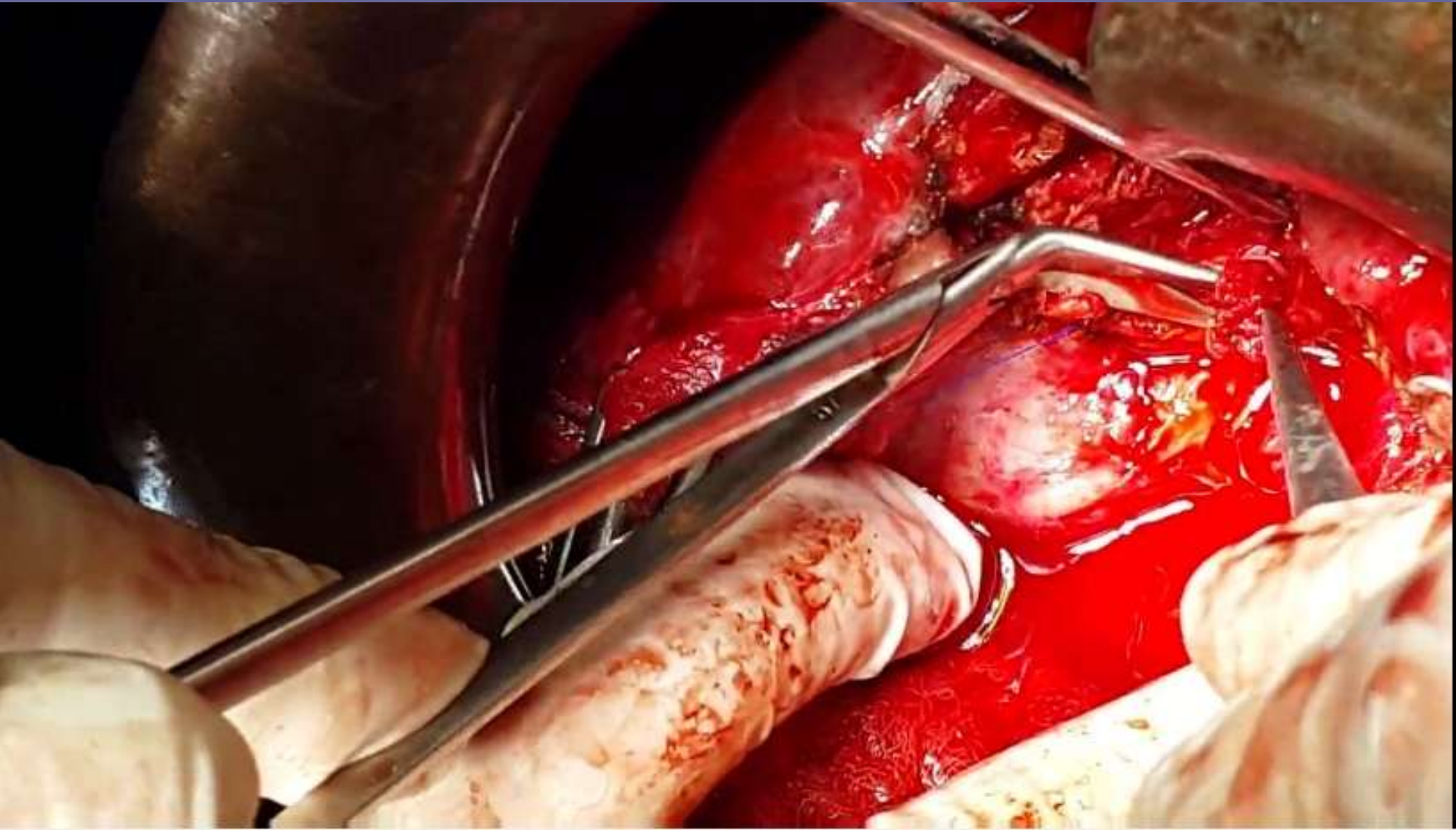


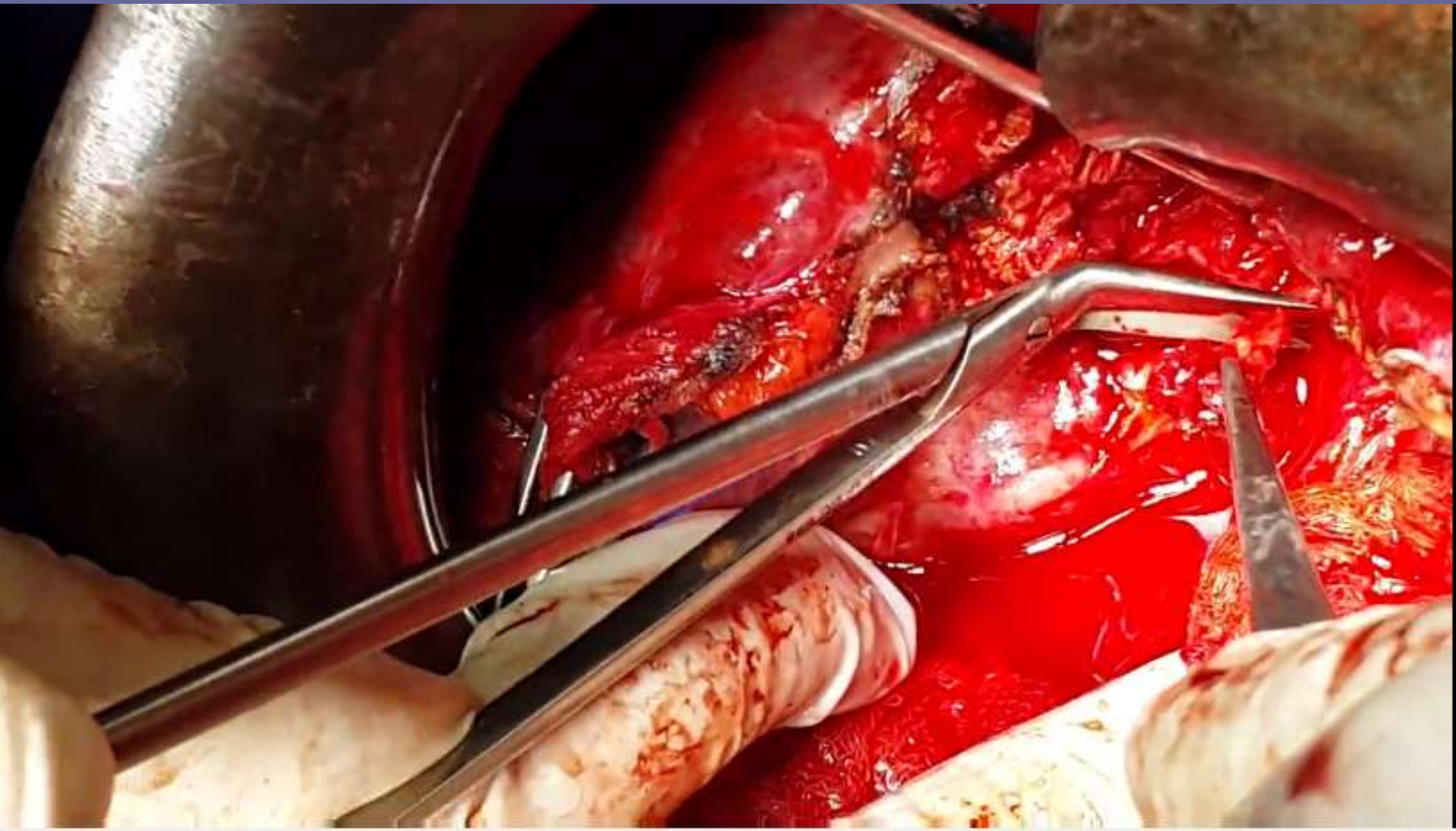
Cholecystite et Traumatisme VBP

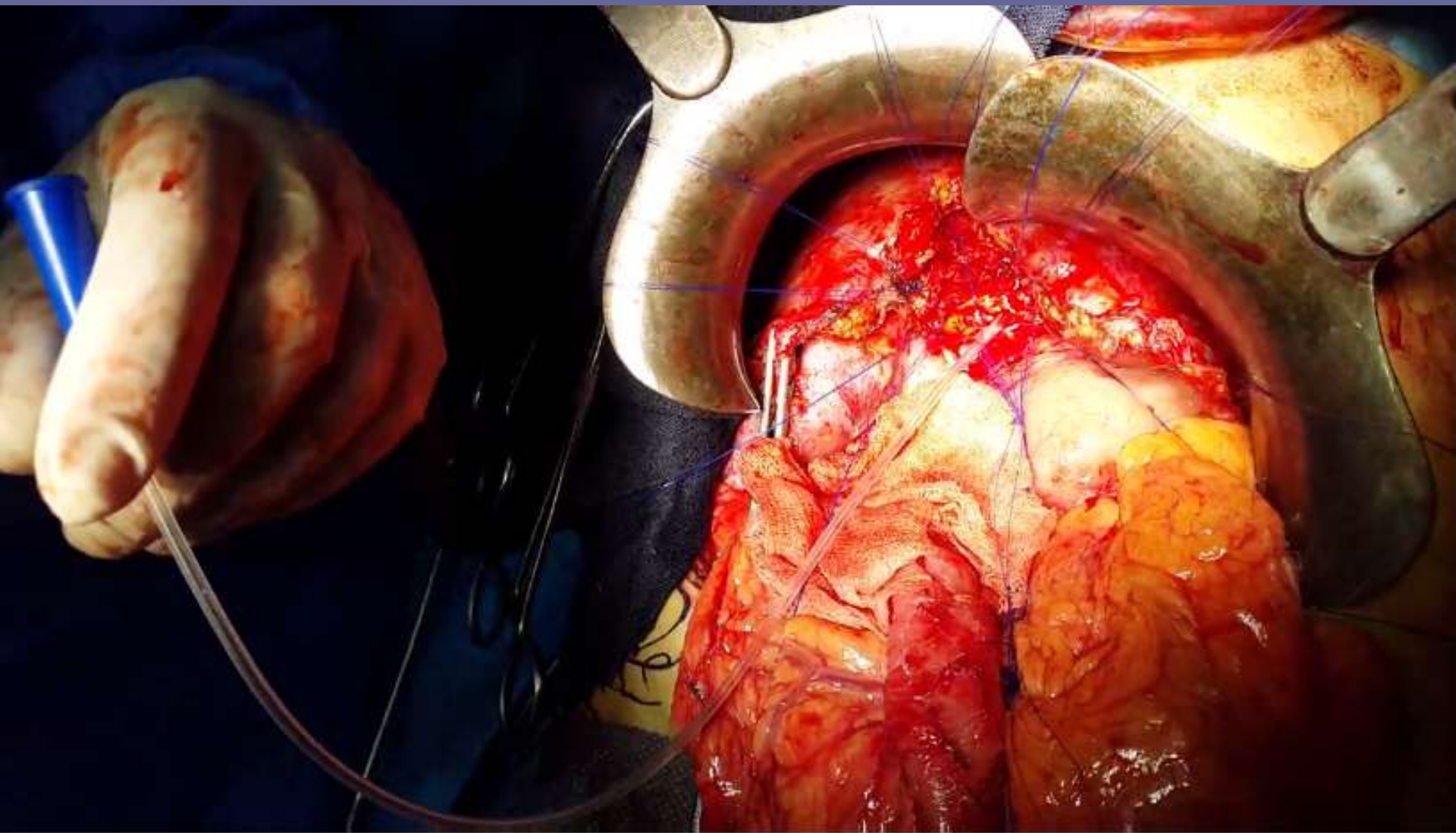














Cholecystite et LVBP

Score prédictif (ex: score de Lacaine)

$\text{âge} \times 0.04$
 $+ 3.1 \times \text{Ø VBP}$ (0 si
< 12 mm 1 si $\text{Ø} \geq 12$ mm)
 $+ 1.2 \times \text{Ø plus petit}$
calcul

(0 si ≤ 10 mm 1 si $\text{Ø} > 10$ mm)
 $+ 1$ si CH
(0 si CH- 1 si CH +)
 $+ 0.7$ si CA (0
si CA - 1 si CA+)

si score < 3.5 risque <

2%

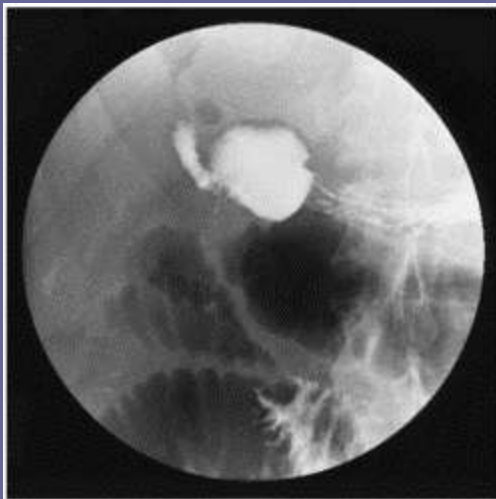
si score ≥ 3.5 risque >

32%

Traitement électif de la fistule cholécysto duodénale (ou colique)



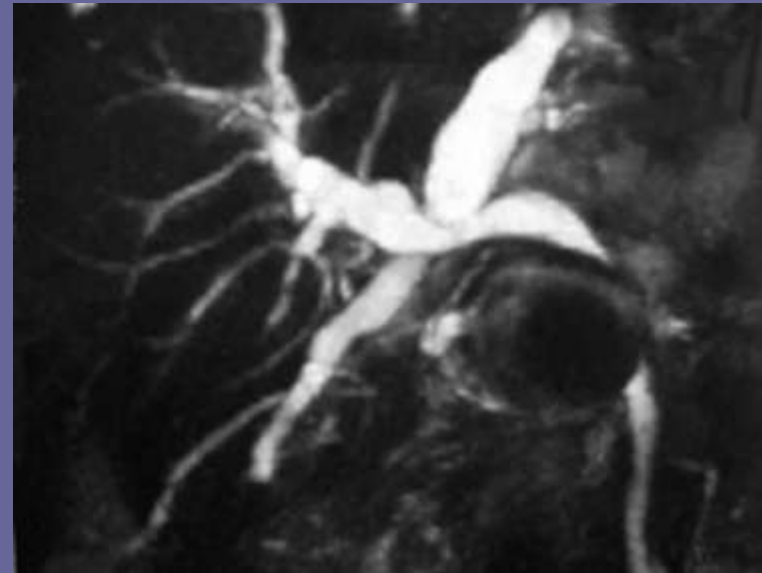
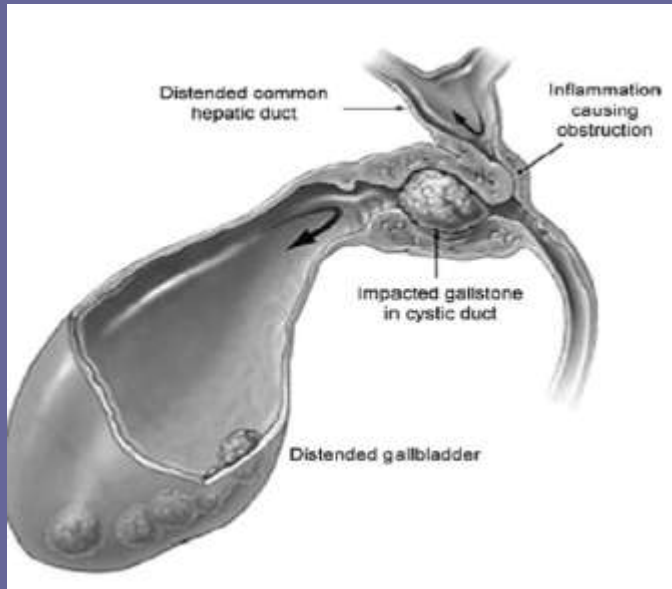
Aérobilie



Laparotomie,

- cholécystectomie incomplète
- suture duodénale ou colique
- drainage

Traitement du syndrome de Mirizzi



Laparotomie

- Cholécystectomie incomplète
- Réparation du cholédoque
- Drainage

CHOLECYSTO-PANCREATITE

Quand faut-il faire la cholécystectomie ?

- CAL+PA=pathologie vésiculaire
- Trt médical – cholangio IRM – pas de SE
- PA biliaire= pathologie VBP (SE?)
- Date optimale : **7 à 10 jours** après la PA biliaire si bénigne
- PA biliaires nécrosantes : problèmes spécifiques (rare)
 - Tang Arch Surg 1995*
 - Uhl Surg Endosc 1999*
 - Nealon Ann Surg 2004*

Découverte d'un cancer sur la pièce de cholécystectomie

- Prévalence de 0,5-1 %
- Vrai Pb: peropératoire
- Prise en charge
 - **Atteinte superficielle:** T1b (limitée à la muqueuse, sans embol lymphatique ni péri-nerveux et avec ganglion cystique indemne) et sans ouverture per opératoire de la vésicule
 - **Cholécystectomie suffit**
 - **Atteinte de la musculature** (notamment sur la paroi juxta-hépatique) :
 - **Ré intervention**
 - Résection hépatique, curage ganglionnaire et
 - Résection large des orifices de trocart

Points importants (1)

- Cholécystite aiguë : parmi les urgences digestives chirurgicales les plus fréquentes, prise en charge actuelle bien codifiée dans sa forme habituelle:
- Traitement idéal: cholécystectomie par laparoscopie précoce, au mieux dans les 72 heures

Points importants (2)

- Le plus souvent la cholécystectomie précoce est « facile »
 - Pas d'évènement indésirable per opératoire, respect des règles de bonne pratique:
 - Suites simples et réhabilitation rapide.
- Parfois la cholécystectomie est difficile
 - Risque majeur: plaie des voies biliaires
 - Pas d'identification du triangle de Calot: **renoncer** à réaliser une cholécystectomie complète.
 - Ces dernières années, rôle croissant de l'imagerie et de l'endoscopie diagnostiques et interventionnelles en cas de complications post opératoires bénignes

Points importants (3)

- En cas de forme compliquée, ou de sujet à risque opératoire élevé, un traitement **initial** non chirurgical est préférable,
 - Depuis ces dernières années, peut être associé un drainage percutané et transhépatique sous contrôle TDM de la vésicule biliaire
 - Passer la phase aiguë et permettre de réaliser une cholécystectomie différée élective dans de bonnes conditions.
- Mais surveillance stricte pendant les premiers jours
 - ne pas passer à côté d'une forme gangrénée dont le traitement est chirurgical